FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1894-95 N° 87.

ÉTUDE

SUR

L'AMYGDALITE LACUNAIRE

ulcéreuse aigüe

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 19 JUILLET 1895

PAR

Louis-Joseph TERRADE

Né à Felletin (Creuse), le 19 Mai 1869

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ARNOZAN, professeur, *président*,
PITRES, professeur,
DUBREUILH, agrégé,
MESNARD, agrégé, } *Juges*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE GAGNEBIN
72, Rue du Pas-Saint-Georges, 72
—
1895

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1894-95 N° 87.

ÉTUDE

SUR

L'AMYGDALITE LACUNAIRE

ulcéreuse aigüe

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 19 JUILLET 1895

PAR

Louis-Joseph TERRADE

Né à Felletin (Creuse), le 19 Mai 1869

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ARNOZAN, professeur, *président*,
PITRES, professeur,
DUBREUILH, agrégé,
MESNARD, agrégé, } *Juges*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE GAGNEBIN
72, Rue du Pas-Saint-Georges, 72
1895

FACULTÉ DE MÉDECINE & DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS :

MM. MICÉ..... } Professeurs honoraires.
AZAM..... }

Clinique médicale	MM. PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIÉ.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	DE NABIAS.
Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicale des enfants	PIÉCHAUD.
Clinique Gynécologique	BOURSIER.

AGRÈGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	MOUSSOUS. DUBREUILH. MESNARD. CASSAET. AUCHÉ.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	POUSSON. DENUCÉ. VILLAR.
Accouchements	RIVIERE. CHAMBRELENT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Pysiologie { MM. PRINCETEAU. N. } Histoire naturelle. N.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLEMENTAIRES

Clin. interne des enfants	MM. A. MOUSSOUS	Pathologie externe.....	MM. DENUCÉ.
Clin. des malad. syphil. et cutan...	DUBREUILH.	Accouchements.....	RIVIÈRE.
Clin. des malad. des voies urin....	POUSSON.	Chimie.....	DENIGÈS.
Mal. du larynx, des oreilles et du nez	MOURE.	Zoologie.....	BEILLE.
Maladies mentales	REGIS.		

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui son présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE — A MA MÈRE

Faible témoignage de ma vive gratitude.

A MES PARENTS ET AMIS

A mon Président de Thèse,

MONSIEUR LE DOCTEUR ARNOZAN

Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,

Officier de l'Instruction Publique

ÉTUDE

SUR

L'AMYGDALITE LACUNAIRE

ulcéreuse aigüe

AVANT-PROPOS

Il est certains points de pathologie, considérés jusqu'alors comme insignifiants, qui prennent d'un jour à l'autre une importance inattendue ; et cela, grâce à la patience et au travail des observateurs, grâce au mutuel appui que se prêtent aujourd'hui de plus en plus la clinique et l'anatomie pathologique.

Il s'agit presque toujours, dans ce cas, d'une affection ou d'une forme morbide, soupçonnée depuis longtemps, mais qui, noyée dans la foule des faits cliniques, n'a pas obtenu l'attention qu'elle méritait, n'a pas été étudiée d'une manière précise et spéciale.

Qu'un esprit actif et patient rencontre la trace, il rapprochera les faits épars, trouvera le lien qui les unit, et une nouvelle entité morbide sera née, avec ses caractères propres et tous ses éléments de différenciation.

Il en est ainsi de la question qui nous occupe.

On sait combien est difficile parfois le diagnostic des ulcérations de l'amygdale; bien plus, malgré la classification adoptée jusque là par les auteurs, certains faits cliniques se sont refusés à rentrer dans le cadre tracé et ont fait hésiter les praticiens les plus distingués. Depuis longtemps le docteur Moure, avait, en présence d'un de ces Protées des ulcérations amygdaliennes, pensé qu'il avait affaire à une altération spéciale du parenchyme de la glande, à une affection ayant son autonomie propre, et sans aucun lien de parenté avec les grandes diathèses ou les grands processus morbides qui choisissent souvent l'amygdale comme lieu de manifestation.

Ses recherches ultérieures, un assez grand nombre d'observations recueillies pieusement, lui montrèrent que ses vues étaient exactes, que tout cadrait et concourait pour constituer une altération bien distincte, ayant une étiologie, des symptômes cliniques, un traitement propres.

Au mois de mai 1895, communication en était faite par lui à la Société française d'Otologie et de Laryngologie.

C'est alors que nous avons pensé à contribuer dans la mesure de nos forces, à la vulgarisation de ce nouveau point de la pathologie amygdalienne. Du reste, la tâche nous a été légère : les bons conseils de notre maître, le docteur Moure, ses recherches et ses travaux antérieurs mis gracieusement à notre disposition, l'empressement que notre excellent ami M. Brindel, a mis à nous guider sur quelques points de ce travail, tout cela doit être mis en ligne de compte en regard des efforts qui nous sont personnels.

Avant d'entrer en matière nous offrons à M. le professeur Arnozan l'expression de notre vive gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Introduction.

Il nous paraît indispensable d'indiquer tout d'abord en quelques mots ce que nous voulons exprimer par ces termes : amygdalite lacunaire ulcéreuse aigüe.

Lorsque l'inflammation envahit la muqueuse qui revêt les amygdales, on dit qu'elles sont atteintes d'amygdalite simple ou catarrhale; si l'inflammation gagne la muqueuse qui tapisse les lacunes (et c'est fatal puisqu'il y a continuité) on dit qu'il y a amygdalite catarrhale lacunaire (1).

Dans le premier cas les produits inflammatoires (leucocytes, cellules desquamées, etc.) s'éliminent facilement; dans le second cas au contraire, ils s'accumulent dans ces lacunes, s'y accroissent, y subissent des modifications profondes; produits d'inflammation, ils deviennent à leur tour une cause d'irritation, et donnent naissance à des symptômes morbides que nous étudierons tout à l'heure, sous le nom d'amygdalite lacunaire chronique.

Si cette affection, au lieu d'être lente et entrecoupée de rémissions, a une évolution rapide, s'il y a occlusion des cavités cryptiques elles-mêmes plutôt que de leurs orifices, on a alors affaire à l'amygdalite lacunaire aigüe, qui doit porter l'épithète d'ulcéreuse, puisque le processus inflammatoire aboutit toujours dans ce cas, « non plus à de simples pertes de substances situées à l'orifice de la crypte ainsi ouverte, mais à

(1) Cornil et Ranvier. — *Histologie pathologique*, p. 231.

de vastes ulcères à fond sanieux, ressemblant au premier aspect à de véritables gommes ulcérées » (Moure).

Nous ne nous attarderons pas à décrire l'anatomie topographique, la structure histologique, la physiologie (rôle hématopoïétique, rôle phagocytaire, etc.) de l'amygdale, mais avant d'entrer en matière, nous croyons utile, aujourd'hui, que la microbiologie tient la première place dans la pathogénie des affections, de dire quelques mots sur les *microbes des amygdales* :

Placé à cet important carrefour des voies digestives et respiratoires, pour servir de barrière à l'organisme contre l'envahissement des germes infectieux, cet organe lymphoïde renferme dans ses cryptes, des produits de sécrétion et de déchet, formant des concrétions éminemment favorables à la culture des microbes. Ceux-ci y trouvent en effet, chaleur, humidité, substances organiques en décomposition, tout ce qu'il faut pour leur bien-être et leur multiplication.

On a trouvé dans les lacunes amygdaliennes les microbes pyogènes (1) (staphylococcus et streptococcus, Fürbringer), le pneumococcus de Fraenkel (trouvé par Cornil et Netter dans un pus d'amygdalite pneumonique), différentes espèces de bactéries septiques (Kreibohm), le bacillus crassus sputigenus (dont les cultures contiennent une matière très septique),et dans quelques cas on a trouvé le bacille de Koch, le champignon de l'actinomycose, le leptothrix, le bacterium coli commune, etc.

Ces germes peuvent sommeiller longtemps sans manifester leur action nocive; mais, qu'il survienne un traumatisme, une altération de l'amygdale, qui en détruise le tissu et abolisse les fonctions, l'on verra éclater les accidents infectieux, si le sujet est en état de réceptivité.

---

(1) E. Jeanselme. — *De l'arrière-gorge et de l'amygdale en particulier, considérés comme porte d'entrée des infections.*

Mais il ne nous appartient pas de retracer l'histoire des maladies infectieuses à début amygdalien, déjà tracée par des auteurs éminents : (Bouchard, Londouzy, Fernet, etc.).

Nous verrons seulement, quand nous décrirons la pathogénie de l'affection qui nous occupe, à quoi pourront nous servir les notions précédentes.

CHAPITRE PREMIER.

Symptomatologie.

Nous allons opposer au tableau clinique de l'amygdalite lacunaire ulcéreuse aigüe, celui de l'amygdalite lacunaire chronique. Celle-ci étant de beaucoup la première en date, nous donnerons plus d'intérêt à l'affection que nous avons entrepris de décrire, en la mettant en regard avec une maladie qui s'en rapproche par quelques côtés et dont les lésions et les symptômes sont mieux connus :

§ I. AMYGDALITE LACUNAIRE *(forme chronique)*.

L'amygdalite lacunaire chronique a été étudiée spécialement par Sokolowski et Dnokowski (1), sous le nom de *tonsillitis lacunaris chronica exacerbota*. Cette affection consiste dans l'inflammation de la muqueuse, de la surface de l'amygdale et de celles des lacunes.

Commune de 20 à 40 ans, elle résulte du rétrécissement ou de l'oblitération des orifices cryptiques, à la suite d'inflammations catarrhales répétées et surtout d'angines aigües superficielles.

SOKOLOWSKI ET DNOKOWSKI.— *Contribution à la pathologie des processus tonsillaires inflam.* (*Arch. intern. de laryng.* 1891 no 6).

Nous empruntons à MM. Sokolowski et Dnokowski, la description anatomo-pathlogique de cette affection :

« L'orifice des cryptes à la surface de l'amygdale est notablement rétréci : en ce point, la muqueuse est épaissie et granuleuse ; par contre, au-dessous du point sténosé, la cavité est dilatée, distendue par la présence d'un magma pâteux retenu dans son intérieur. Les parois des cryptes ainsi ectasiées sont amincies ; aussi, deux ou plusieurs cavités voisines communiquent-elles parfois ensemble dans la profondeur, par amincissement progressif et rupture de leurs parois. Çà et là, les orifices cryptiques sont oblitérés et les lacunes, isolées de l'extérieur, représentent de véritables cavités kystiques. Dans la partie dilatée des cryptes, la muqueuse est tapissée par un épithelium aplati en voie de prolifération et de desquamation continues ; les follicules sous-jacents ont un volume normal. Au niveau de l'orifice punctiforme des lacunes, les follicules lympathiques, superficiels, sont au contraire notablement hypertrophiés, ils contribuent à produire le rétrécissement concentrique de ces orifices. — Tout le tissu amygdalien est enflammé.

Les concrétions caséeuses intra-lacunaires reproduisent par leur formé l'empreinte des cavités qui les contiennent. Elles sont sphériques, cylindriques, quelquefois hérissées d'aspérités. Leur volume varie de celui d'un grain de millet à celui d'un gros pois. Parfois solitaires, elles peuvent être si abondantes que l'amygdale en paraît farcie. Leur consistance et leur couleur rappellent celles du mastic ou de certains fromages. Elles exhalent une odeur infecte. A l'examen microscopique elles se montrent constituées surtout par des cellules épithéliales ayant conservé des caractères à peu près normaux à la périphérie de la masse, mais altérées au centre. Outre ces cellules, on y trouve des leucocytes, des cristaux d'acides gras, des granulations graisseuses, de la cholestérine, des sels calcaires et un grand nombre de micro-organismes (streptocoques, staphylocoques, diplocoques, leptothrix...) »

En résumé, l'amygdalite lacunaire chronique *est une inflammation chronique des amygdales, causée et entretenue par par l'accumulation dans les lacunes, de masses caséeuses, dans la composition desquelles entrent des éléments normaux (cellules desquamées, leucocytes), et des éléments anormaux (microbes, leptothrix, etc.)*. Comme cette distension des lacunes se fait très lentement, l'affection peut rester latente assez long-

temps, puis à une époque assez indéterminée, elle se manifestera par les symptômes que nous allons décrire.

Symptomes — (*a*) *Signes fonctionnels.* — Il y en a deux principaux : ce sont des sensations gutturales anormales et la mauvaise odeur de l'haleine. — Celle-ci est produite par les fermentations entretenues dans les cavités cryptiques, par les nombreux microbes qui y séjournent.

Les sensations anormales se traduisent par de la gêne dans la gorge, qui se manifeste surtout quand le malade avale à vide ou déglutit sa salive : Tantôt c'est une simple sensation de picotement ou de chaleur, tantôt le malade sent comme un arrêt, comme une boule, un corps étranger pointu : la sensation peut être assez désagréable pour se trahir sur le visage par une grimace à chaque tentative de déglutition. Cette gêne est le plus souvent unilatérale ; elle s'exagère quand le malade a fumé avec excès, lorsqu'il a veillé ou pris froid, sans doute par le fait d'une poussée congestive qui accroît le volume de la glande. Quelquefois cette gêne gutturale provoque le matin des accès de toux, qui amènent le rejet de petits grumeaux blancs dont l'expulsion soulage le malade.

Assez souvent, les troubles fonctionnels s'étendent au pharynx : on a alors des douleurs dans l'oreille correspondante, des névralgies faciales et même des troubles de la voix, en raison de l'entrave apportée au fonctionnement des piliers du voile du palais.

(*b*) *Signes physiques.* — Les lésions qui apparaissent à l'examen sont les suivantes : à la surface de l'une ou des deux amygdales on distingue çà et là, des masses blanchâtres faisant issue par les orifices cryptiques ; si l'on presse sur la tonsille, les loges se vident de leur contenu caséeux. Dans d'autres cas, les orifices cryptiques étant oblitérés ou trop étroits pour donner issue au contenu des lacunes, l'affection se

trahit seulement par la présence de petites taches jaunâtres sous-épithéliales ; ces taches résultent de l'amincissement de la paroi lacunaire laissant voir par transparence les amas sous-jacents. Enfin, il n'est pas rare que rien ne décèle, à la surface de l'amygdale, la présence des concrétions lacunaires. Il faut alors explorer avec le stylet, qui renseigne sur les dimensions des cryptes et leur communication entre elles.

L'hyperthrophie de l'amygdale, si elle existe, tient le plus souvent à la présence des masses caséeuses ; celles-ci, une fois éliminées, l'organe reprend ses dimensions.

Marche. — Elle est lente et entrecoupée de rémissions, qui ont lieu à chaque élimination d'une partie du magma. Il y a des poussées subaigües de deux ou trois jours de durée, accompagnées de céphalalgie, de malaise, d'inappétence et d'une légère élévation de température. La reproduction des amas est rapide. L'amygdalite lacunaire peut devenir l'origine de poussées phlegmoneuses. L'affection est tenace et rebelle. On la traite par la discission et par des badigeonnages, après l'opération, avec une solution iodo-iodurée ou mentholée.

§ 2. — Amygdalite lacunaire (*forme aigüe*).

Exagérons les lésions précédentes, faisons les évoluer en un court espace de temps et sur un point limité du tissu amygdalien, et faisons aboutir le processus morbide à une ulcération assez étendue, à fond sanieux, et qui va marcher rapidement vers la réparation, et nous aurons constitué une affection nouvelle, qui aura une histologie, des symptômes, un traitement propres.

Le début de l'amygdalite lacunaire aigüe est insidieux et passe à peu près inaperçu ; comme il ne donne lieu à aucun trouble fonctionnel et qu'il n'engendre qu'une sensation de

gêne insignifiante, le malade ne prend pas la peine de s'examiner; mais si, par hasard, le praticien avait l'occasion d'assister à cette première période de l'affection, celle où l'ulcération n'est pas encore apparue, il pourrait constater, comme dans le cas précédent, une ou plusieurs petites taches jaunâtres sous-épithéliales et il penserait alors aux concrétions de l'amygdalite lacunaire chronique, quitte à corriger son diagnostic quand, peu de jours après, son malade se présenterait porteur d'une large ulcération.

Mais presque toujours quand le malade vient consulter, l'affection est en pleine évolution et les symptômes qu'il accuse sont les suivants :

L'haleine n'est pas fétide, comme dans l'amygdalite lacunaire chronique, les fermentations n'ayant pas ici le temps de se produire; mais elle est assez forte, ce que nous attribuons à la sérosité secrétée par l'ulcération et aussi aux lambeaux de la muqueuse nécrosée, qui commencent à subir un certain degré de décomposition. Le seul trouble fonctionnel qui existe, consiste dans la gêne apportée à la déglutition. Cette dysphagie, légère d'abord, a augmenté d'intensité à mesure que la lésion a évoluée et s'est agrandie, mais il est rare qu'elle mette un obstacle complet à l'alimentation. A l'état de repos, c'est une simple sensation de chaleur, de cuisson, le plus souvent unilatérale, que le malade ressent.

Ces sensations gutturales se localisent à la région amygdalienne et ne s'irradient pas, ou rarement, dans les organes adjacents. Comme on le conçoit bien, elles sont accrues par tous les irritants, le froid, l'alcool, la fumée de tabac.

Ajoutons à cela, un certain degré de sécheresse de la gorge et un peu d'enrouement lorsque, l'amygdale étant enchatonnée, l'ulcération atteint un peu le pilier postérieur.

Les ganglions sous-maxillaires sont quelquefois engorgés

et douloureux : mais ce symptôme n'a pas une grande importance. En effet, il est loin d'être constant et nos observations en font foi. Il se réduit parfois à une simple douleur à la pression sans la moindre hypertrophie ganglionnaire, et quand celle-ci existe, elle est minime et ne porte que sur un nombre limité de ganglions.

Quant aux symptômes généraux, ils se réduisent à très peu de chose : la langue est saburrale, le malade ressent un certain degré de lassitude générale; mais il y a absence totale de réaction fébrile.

A l'examen de la gorge on constate sur l'une des amygdales, quelquefois sur les deux en même temps (Observ. VI), « une ulcération grisâtre recouverte d'un magma caséeux, s'enlevant très facilement avec le porte-ouate, et laissant à nu une surface sanieuse, mamelonnée, rougeâtre, formée de petits fongosités, quelquefois même de véritables excroissances polypoïdes. Les bords de l'ulcère sont très nets, rouges, enflammés, taillés à pic *sans être notablement tuméfiés*, et le reste de la glande amygdalienne ne paraît pas enflammée; elle n'est que peu ou pas augmentée de volume. Il s'agit là d'une lésion purement locale n'affectant qu'une partie de la tonsille, semblant évoluer dans un ou plusieurs cryptes sans retentir sur les parties voisines. Au premier aspect, on songerait à une cautérisation faite avec la pointe thernique, dans un espace très limité, au moment où l'eschare va se détacher, c'est-à-dire trois ou quatre jours après la cautérisation. Bien plus la cicatrisation marche de la même manière, et la perte de substance qui résulte de cette lésion ressemble, à s'y méprendre, à celle que laisse après elle l'ignipuncture localisée » (1).

Nous sommes donc en face d'une ulcération bénigne et qui, un moment stationnaire, va marcher vers la réparation et l'atteindre en une ou deux semaines.

En outre des caractères décrits plus hauts pour les bords de l'ulcération, ajoutons qu'ils possèdent un certain degré d'induration et que celle-ci donne au toucher la sensation nette d'un

(1) Moure.

anneau assez résistant, mais toutefois assez malléable pour qu'on puisse par la pression entre deux doigts, pratiquée sur une amygdale dont ont a fait l'ablation, faire rencontrer les bords internes. Il y a donc à l'intérieur de cet anneau un espace libre, circulaire, non induré.

Insistons aussi sur cette particularité, qui nous sera un bon élément de diagnostic, à savoir que le processus ulcératif a des limites absolument tranchées et que le tissu amygdalien qui lui fait immédiatement suite, ne présente pas trace d'inflammation; à fortiori n'en trouverons-nous pas sur les piliers, le voile, la luette et les parties adjacentes.

« Au lieu d'une seule ulcération, il n'est pas rare d'en trouver deux et même trois qui sont alors séparées par des portions glandulaires à peine enflammées. Ces ulcères évoluent chacune séparément sans avoir aucune tendance à se réunir; souvent même ils sont à des stades différents de leur évolution, car l'un est presque guéri, lorsque l'autre est en pleine évolution. Il ne s'agit pas dans ces cas de petites ulcérations cupuliformes presque microscopiques, comme on en a décrit dans l'amygdalite lacunaire aigüe, mais bien de larges pertes de substances pouvant atteindre la largeur d'une pièce de 50 centimes et même davantage. Leur forme me paraît être absoment variable, mais généralement, bien que les bords en soient frangés et irréguliers, l'ensemble de la lésion affecte une forme plus ou moins ovalaire ou arrondie, comme si elle avait été faite à l'emporte-pièce sur un tissu un peu mou se laissant plutôt écraser que sectionner franchement. L'ulcère est toujours assez profond et nous l'avons vu dans quelques cas aller jusqu'au fond de la loge amygdalienne ». (1)

(1) Moure.

CHAPITRE II.

Anatomie pathologique.

Nous nous contenterons de donner le résultat de l'examen histologique pratiqué au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de Bordeaux :

« La portion ulcérée de l'amygdale a été enlevée à la pince coupante, fixée immédiatement dans l'alcool sublimé, puis colorée en masse au picro-carmin et incluse dans la paraffine.

» Les coupes, pratiquées horizontalement, ont porté à la foi sur ce que nous appellerons le pédicule, autrement dit sur le point où a porté la section, sur l'épithélium de voisinage et sur la partie ulcérée. Leur périphérie peut donc se diviser en quatre segments ; l'un d'eux ne nous occupera pas : c'est la ligne de section ; des trois autres, deux sont munis d'épithélium de revêtement ; le troisième, compris entre les deux précédents et diamétralement opposé au premier, n'est autre que l'ulcération elle-même d'où l'épithélium a disparu. *L'épithélium* de revêtement, sur les deux segments qui le portent, est en voie manifeste de prolifération ; il est quintuplé, sextuplé d'épaisseur ; mais il ne présente pas une structure identique de part et d'autre ; d'un côté il pénètre à une très grande profondeur par des prolongements volumineux, coniques, à sommet dirigé vers la surface, à base arrondie, plongeant au millieu du tissu sous-muqueux : on a là un aspect papillaire des plus nets né aux dépens des parties profondes de la couche épithéliale ; les papilles ne soulèvent pas les couches superficielles formées de cellules pavimenteuses au nombre de 8 à 10 et disposées sous forme de couches stratifiées. Ces cellules ont conservé leur noyau. Les prolongements épithéliaux interpapillaires, d'abord formés à leur naissance de cellules plus ou moins cubiques et polyédriques, présentent bientôt des cellules de plus en plus

allongées, disposées dans leur ensemble à la façon d'un éventail, et arrivant à former, par leur couche la plus profonde, une rangée de cellules cylindriques, pressées les unes contre les autres, plus volumineuses de beaucoup qu'à l'état normal. Cette rangée délimite parfaitement l'épithélium dans toute son étendue.

» Du côté opposé on ne retrouve plus cet aspect papillaire. La couche épithéliale ne peut plus être délimitée d'une façon précise, la rangée de *cellules cylindriques* normales n'existant plus profondément. Les cellules se rangent en séries parallèles à la surface ; elles sont moins colorées que le reste de la coupe, au moins dans les deux tiers externes de l'épaisseur du revêtement épithélial ; mais elles ont conservé leur noyau ; elles forment une sorte de stratum épidermique dont la coloration s'accentue peu à peu à mesure qu'on s'éloigne de la surface et qui se continue presque insensiblement avec le tissu amygdalien sous-jacent. Il est possible toutefois de soupçonner sa limite, un peu ondulée, d'une part par cette légère différence de coloration, d'autre part, à un fort grossissement, par la disparition progressive de la stratification.

» *Du côté du pédicule, cette couche épithéliale* se termine suivant une ligne qui continue la ligne de section du tissu amygdalien et du revêtement épithélial opposé. Du côté de l'ulcération, la moitié superficielle de l'épithélium disparaît brusquement ; l'autre moitié va rapidement en s'effilant pour cesser bientôt. Entre les deux segments munis d'épithélium on aperçoit une échancrure concave, irrégulière, bordée çà et là par des îlots de substance très mal colorée, dans la constitution de laquelle, même avec un fort grossissement, on ne peut reconnaître de formes cellulaires. Cette substance paraît composée par une infinité de petites granulations très faiblement colorées en rose ; au milieu de cet amas granuleux on voit de ci de là un gros noyau arrondi, très fortement coloré en rouge, appartenant à une cellule dont le protoplasma circonscrit le noyau, mais est très peu développé.

» Les *îlots granuleux* sont surtout disposés à la périphérie ; par places ils présentent des prolongements vers la partie profonde, au milieu du tissu amygdalien sous-jacent. Celui-ci offre à première vue les caractères du tissu amygdalien normal ; toutefois il en diffère par trois points principaux : *les cellules qui le constituent sont pressées les unes contre les autres* beaucoup plus que dans les parties plus éloignées de la surface ; les *follicules clos ne s'y retrouvent plus*, on a un tissu uniforme infiltré de noyaux arrondis, fortement colorés ; enfin les vaisseaux qui, sur une amygdale saine, sont peu nombreux et à peine apparents en dehors des travées fibreuses qui sillonnent parfois l'amygdale quand elle est hyper-

trophiée, *les vaisseaux,* disons-nous, sont ici *très nombreux, très dilatés* au milieu même du tissu amygdalien proprement dit. Toutefois, c'est immédiatement au dessous de l'épithélium papillaire, dans le derme de la muqueuse, qu'ils sont le plus nombreux et le plus gros, si bien qu'en certains endroits ils donnent à la coupe un aspect angiomateux. Parmi les plus volumineux, certains présentent une petite paroi formée d'un simple liseré de tissu conjonctif infiltré de cellules rondes ; les autres, gros et petits, n'ont aucune paroi propre.

» Enfin, plus profondément, en allant vers le pédicule, à environ un quart de millimètre de la surface, le tissu amygdalien récupère ses caractères normaux : les follicules clos se montrent de nouveaux, facilement reconnaisables et de dimension assez grande ; les vaisseaux diminuent de nombre et de volume, montrant ainsi que toute trace d'inflammation a cessé à ce niveau. »

CHAPITRE III

Pathogénie.

Cette étude clinique et anatomo-pathologique va nous permettre d'établir tout de suite une pathogénie suffisante de l'affection qui nous occupe. — Il est de toute évidence que la première période, le premier temps de la lésion rappelle celui de l'amygdalite lacunaire chronique, sauf que l'évolution en est plus rapide, et que l'enkystement a lieu dans une cavité absolument close et ne communiquant pas au dehors par le moindre pertuis. Nous savons qu'il se fait à l'intérieur d'une ou de plusieurs cryptes enflammées, un dépôt, une rétention de produits d'exsudation et de desquamation et que la cavité ainsi distendue va s'enflammer; cette inflammation allant de la crypte à la superficie, le second temps va avoir lieu : il va se produire une nécrose des cellules voisines; il y aura formation d'une eschare qui, à sa chute, va découvrir l'ulcération nettement constituée.

« La véritable cause de l'amygdalite ulcéreuse consiste donc dans l'inflammation aigüe des cryptes elles-mêmes dont les produits desquamatifs, trop rapidement exsudés ne peuvent s'éliminer rapidement au dehors. Il en résulte une sur-dilatation d'une ou de plusieurs lacunes dont les parois arrivent ainsi à se rompre au point de se confondre en une seule cavité anfractueuse remplie de détritus épidermiques et de follicules déformés qui usent à leur tour assez vite la couche de tissu sain qui les sépare de l'extérieur, tout comme le ferait un abcès; puis, une fois cette mince mem-

brane ouverte, l'ulcère est alors constitué, cratériforme avec ses bords frangés, sans trace de véritable inflammation diffuse et sans grand apparat symptomatique » (1).

Tel est le mode pathogénétique de cette forme spéciale d'ulcération méconnue jusqu'alors. Nous verrons plus loin, en effet, qu'elle a pu tromper les syphiligraphes les plus distingués : M. le professeur Fournier qui, dans le diagnostic différentiel du chancre amygdalien, fera mention d'une affection « encore peu connue et non classique » et qu'il a souvent confondue avec le chancre; M. Mendel (2) qui, dans une récente communication, parlant d'une ulcération peu connue, qu'il propose d'appeler amygdalite ulcéreuse chancriforme ferait volontiers de celle-ci une manifestation de la diathèse herpétique.

Quant aux allusions faites antérieurement sur ce sujet et qui pourraient donner à penser que plusieurs fois déjà on a soupçonné l'existence de l'affection que nous décrivons, elles sont assez amplement relatées dans le travail que le docteur Moure va publier sur cette même affection; il fait spécialement mention des auteurs suivants : Lasègue (*Traité des angines ; acné des amygdales*); Trousseau (*Cliniques, gangrène primitive des amygdales*) ; Homolle (Thèse de Paris. — *Scrofulides graves des muqueuses*); Filloux (Thèse de Paris, 1886. — *Ulcérations consécutives aux amygdalites phlegmoneuses*).

On nous communique au dernier moment le compte-rendu du Congrès d'Otologie et de Laryngologie de Bruxelles: M. Delie, d'Ypres, a fait à ce Congrès une communication sur l'affection qui nous occupe et qu'il propose d'appeler : amygdalite folliculaire ulcérée. Il en expose rapidement les symp-

(1) Moure.

(2) Mendel. — *De l'amygdalite ulcéreuse chancriforme*. Communication à la Société de Laryngologie, Congrès de mai 1895.

tômes qui sont, en tous points, ceux que nous avons décrits: il rappelle la communication du docteur Moure, mais il est d'avis que les malades souvent sont déjà atteints depuis longtemps; on aurait affaire à un travail chronique. L'orateur cite ensuite plusieurs cas de sa pratique.

M. Huguet dit qu'en regard de l'amygdalite lacunaire chronique, il y a une amygdalite nécrosique, affection infectieuse et, à son avis, des plus dangereuses. Il faut, dans ce cas, faire un curettage de l'amygdale et, du jour au lendemain, il y a une amélioration. Le docteur Buggs a fait l'analyse et la culture des bacilles, trouvés dans un cas d'amygdalite nécrosique, et n'a rencontré que des streptocoques et des staphylocoques.

CHAPITRE IV.

Etiologie et microbiologie.

Recherchons maintenant quelles sont les conditions particulières qui favorisent la formation de l'ulcère simple de l'amygdale.

La fréquence absolue de l'amygdalite lacunaire ne parait pas très grande, il faut bien le dire, à en juger par le petit nombre d'observations que les auteurs ont recueilli jusque là en les décorant d'un pseudonyme quelconque. Lasègue, Homolle, Faugère, Filloux, ont décrit quelques cas d'amygdalite à forme spéciale, devant lesquels leur diagnostic était hésitant, et qui n'étaient probablement autre chose que l'affection que nous décrivons. — Cependant depuis que l'attention a été appelée sur cette affection, les cas se sont multipliés, et nous pouvons affirmer qu'ils sont moins rares qu'on ne pourrait le supposer : la négligence des malades, leur peu d'empressement à se faire examiner pour une lésion qui évolue rapidement et quelquefois sans trop de douleurs, le peu d'attention que prennent les praticiens à observer une affection dont ils ne peuvent porter avec assurance le diagnostic et dont il n'est fait mention dans aucun traité de pathologie : voilà des motifs suffisants pour expliquer la rareté apparente de la maladie que nous voulons mettre au jour.

Une cause prédisposante qui n'est pas à négliger consiste dans l'hypertrophie des amygdales :

« Souvent les glandes étaient développées au point de mériter le nom d'hypertrophiées. Toutefois nous avons rencontré ces lésions chez des sujets porteurs de tonsilles peu volumineuses, débordant à peine les piliers antérieurs (1). Au point de vue de l'âge, les limites extrêmes accusées par nos observations sont dix-sept et trente-quatre ans. Cela ne veut pas dire que les enfants et les vieillards doivent nécessairement être épargnés ; cependant la rareté relative chez les vieillards trouve une explication assez naturelle dans la transformation fibreuse que subit le tissu des amygdales chez ces derniers, ce qui le rend moins sensible aux inflammations aigües ».

Le sexe exercerait peut être une influence assez notable. Toutes les observations que nous avons pu recueillir concernent des jeunes hommes, à l'exception d'une seule. (Obs. XII).

Quant à la profession, il faut noter une chose bien digne d'intérêt, c'est que le tiers des malades qui font le sujet des observations sont des étudiants en médecine. Ce qui au premier abord semble accuser une relation intime entre l'amygdalite ulcéreuse simple et l'ulcération de la gorge décrite par Morell Mackenzie et connue chez les Allemands sous le nom d'angina nosocomii ; nous verrons plus loin que des symptômes très nets séparent ces deux affections.

A moins de ne voir là qu'une pure coïncidence, on pourrait admettre que les étudiants sont soumis là, à une infection locale due aux conditions atmosphériques malsaines dans lesquelles ils se trouvent placés tous les jours, à l'Hôpital le matin, dans les amphithéâtres de dissection le soir. Empressons-nous d'ajouter toutefois que ceux qui en sont atteints ont été auparavant sous l'influence de causes prédisposantes spéciales, des maladies antérieures, des amygdalites et des pha-

(1) Moure.

ryngites à répétition (Obs. I et II), des fatigues et de toutes les causes qui troublent la nutrition, de l'évolution de la dent de sagesse (Obs. VI), du refroidissement, de l'action répétée de l'alcool et du tabac, toutes causes qui, il est vrai, peuvent servir de mode de début à l'affection, aussi bien chez les autres personnes que chez les étudiants en médecine. En somme, on peut dire que le poison septique qui se développe sur les amygdales de ceux qui fréquentent les hôpitaux, ne constitue pas toute la lésion, mais est une cause déterminante puissante d'ulcération simple.

Puisque les amygdalites sont toujours des maladies infectieuses, avons-nous un microbe pathogène de l'affection qui nous occupe ? Disons tout de suite que s'il existe, il est encore à découvrir et à déterminer. L'on n'a en effet trouvé dans les examens bactériologiques que les micro-organismes phlogogènes déjà connus (streptocoque, staphylocoque etc.), plus ou moins associés aux autres bactéries vulgaires, et on sait si elles sont nombreuses, qui vivent normalement dans la bouche (zooglées, micrococci, bâtonnets et filaments, leptothrix en particulier, etc.)

L'examen bactériologique de la matière plus ou moins caséeuse contenue dans un crypte ulcérée, n'a permis d'y rencontrer que des streptocoques et des staphylocoques blancs, et à l'examen des parois de la loge, on a constaté que :

« Sur les coupes traitées par le Gramm, il est facile d'apercevoir sur le caséum qui occupe la lumière de la cavité, comme au sein de l'épithélium et du tissu amygdalien enflammé et avoisinant, de nombreux streptocoques et staphylocoques (1) ».

D'après M. Veillon (2), le streptocoque pyogène jouerait un rôle capital dans la pathogénie des angines et des amygdalites

(1) Brindel. — Communication du 8 avril 1895 à la Société d'Anatomie de Bordeaux.
(2) Veillon. — *Arch. de méd. expérim.* (1er mars 1894).

non diphtériques, de sorte que leurs différents aspects ne seraient que des variétés d'une même maladie. Le pneumocoque et staphylocoque pyogènes compteraient pour bien peu dans leur étiologie.

Il serait séduisant et assez simple pour nous, de nous en tenir là, et d'admettre que l'ulcère simple de l'amygdale est occasionné par la pullulation et la prolifération de micro-organismes déjà si abondants dans le tissu amygdalien normal, en donnant comme prétexte à l'invasion microbienne toutes les causes d'irritation locale et de débilitation générale. Mais ce serait détruire du même coup la pathogènie que nous avons édifié à l'aide de la clinique et de l'anatomie pathologique. Si donc nous admettons la nature microbienne de l'affection qui nous occupe, il est nécessaire de la compléter par notre étude pathogénétique.

CHAPITRE V

Diagnostic.

Nous voici arrivés au chapitre peut-être le plus important de notre travail, car c'est lui, avant tout, qui nous permettra de bien mettre au jour l'individualité de l'affection qui nous occupe.

Nous avons vu, en effet, que lorsque le malade éprouvait les premiers symptômes de la lésion dont il est porteur, lorsqu'il venait consulter, l'ulcération était déjà constituée. Comment donc établir la pathogénie de cette ulcération; comment et par quels moyens la différencier des formes si nombreuses d'ulcération pouvant siéger sur les amygdales et avons-nous des signes diagnostiques suffisants pour nous permettre d'affirmer que nous sommes en présence d'une ulcération d'amygdalite lacunaire aigüe.

Pour résoudre cette importante question, nous allons passer en revue successivement toutes les formes d'ulcérations pouvant siéger sur les amygdales buccales, en insistant spécialement sur celles qui ont le plus de points de ressemblance avec la forme dont nous nous occupons.

Nous commencerons par les ulcères infectieux (syphilis, tuberculose, etc...) et nous continuerons par le diagnostic différentiel avec les ulcérations á fausses membranes et les ulcérations des fièvres éruptives.

C'est, du reste, la classification uniforme que presque tous les auteurs acceptent.

Ulcérations syphilitiques.

Parmi les lésions multiples que la syphilis peut déterminer sur l'amygdale, quelle est celle qui se rapproche le plus de l'affection que nous avons entrepris de décrire, et quels sont les ressources de diagnostic dont nous disposons ?

Desnos, dans le Dictionnaire de médecine; Julien, dans son traité; Mauriac, dans ses Leçons; Legendre et tout récemment Fournier et Dieulafoy ne parlent du *chancre amygdalien* que pour insister sur les difficultés du diagnostic, en raison des multiples apparences que cette lésion peut revêtir; si bien que, pour eux, l'adénopathie et l'unilatéralité de la lésion seraient les seuls symptômes pathognomoniques. Le chancre amygdalien peut, en effet, simuler une angine phlegmoneuse, une angine diphtérique, une gomme de l'amygdale,un épithélioma, etc.,etc. Cependant, si nous voulons établir un parallèle entre l'ulcération lacunaire aigüe et le chancre de l'amygdale, nous emprunterons un type clinique de ce dernier aux Leçons de Robin:

« C'est tantôt une érosion légère, n'ayant que la très-faible profondeur d'une plaque muqueuse exulcérée, accompagnée d'un léger gonflement de la région sous-maxillaire ; tantôt c'est une ulcération profonde et comme anfractueuse, à fond grisâtre ou pultacé, bordé par une muqueuse tuméfiée, rouge, indurée, qui forme quelquefois autour de la cavité un bourrelet œdématié ».

Si nous ajoutons que le début est insidieux, que le mal de gorge et les symptômes généraux peuvent être légers, que l'ulcération est recouverte d'une couche grisâtre peu adhérente,

qu'il y a une induration sous-jacente et de l'adénopathie sous-maxillaire, nous aurons d'assez nombreux points de ressemblance avec l'amygdalite ulcéreuse aigüe.

Récemment, M. le professeur Fournier (1) dans une leçon sur le diagnostic différentiel du chancre amygdalien, disait :

« Enfin je signalerai, comme susceptible de simuler le chancre de l'amygdale, une affection encore peu connue et non classique appelée quant à présent, faute d'une appellation meilleure, amygdalite lacunaire, laquelle consiste en ulcérations, d'origine indéterminée qui se produisent sur les amygdales. Quand ces ulcérations sont remarquablement profondes, elles simulent les gommes; si elles sont moins profondes, elles peuvent prendre absolument l'aspect du chancre ».

Plus récemment encore, M. Mendel (2) faisant, au mois de mai dernier, une communication à propos de l'ulcération qui fait l'objet de cette étude, lui donne le nom d'amygdalite ulcéreuse chancriforme.

Il est, dit-il, une lésion pouvant reproduire tous les caractères du chancre amygdalien :

« Même ulcération plus ou moins creuse, même contour ovalaire ou circulaire, même induration des bords, le plus souvent même unilatéralité.

Mais, a-t-il soin d'ajouter, le diagnostic est cependant possible, grâce à deux signes. On sait que le chancre syphilitique s'accompagne toujours d'adénopathie volumineuse qui peut dépasser le volume d'un œuf de pigeon. Dans l'amygdalite chancriforme, l'adénopathie existe, mais à son minimum : on doit la rechercher; à la palpation on constate l'existence de deux ou trois glandes peu développées et roulant sous le doigt.

Autres éléments de diagnostic important : l'évolution. Si le chancre met six semaines à évoluer, l'amygdalite chancriforme n'a qu'une durée minime, une semaine en moyenne. Si donc le diagnostic était douteux au début, avec une courte temporisation, on pourrait décider sûrement ».

Ajoutons que l'examen local lui-même peut suffir pour trancher le diagnostic : En effet, nous avons insisté dans le

(1) *Bulletin médical*, 3 février 1895.

(2) Mendel. — *Amygdalite ulcéreuse chancriforme*. — Communication a laSociété d'Otologie et de Laryngologie, (mai 1895).

tableau clinique que nous avons tracé de l'amygdalite ulcéreuse sur les caractères de l'induration, et nous avons fait remarquer que cette induration atteignait les bords seuls, mais ne s'étendait pas au-dessous de l'ulcération, ce qui a toujours lieu pour le chancre. De plus elle est dans ce dernier cas plus dure, plus ligneuse que dans le premier et on peut s'en rendre compte en palpant l'angle de la machoire avec une main et portant sur la face interne de l'amygdale, l'index de l'autre main. Enfin, disons avec M. Moure que :

« Les signes d'infection locale sont ici des plus nets, tout le tissu amygdalien est rouge et tuméfié, le voile du palais, le pilier antérieur, participent très souvent au processus infectieux. La voix est empatée, les ganglions engorgés, avec toutes les apparences qui les caractérisent dans ces cas... Il suffit d'avoir vu un chancre pour ne jamais songer à le confondre avec aucune autre altération de cette région ; sans parler de l'évolution ultérieure des accidents syphilitiques ».

Nous n'insisterons pas ici sur les *plaques muqueuses,* qui sont facilement reconnaissables, vu leur superficialité, leur étendue, leur teinte rouge et leur aspect opalin, la saillie qu'elles forment, leur ténacité, et enfin vu la coexistence d'éruptions cutanés et les antécédents du chancre de la syphilis.

Signalons en passant l'observation unique de Thouroschewsky (1) d'un cas de *chancre mou* de l'amygdale. Cette lésion qui n'a pas été signalée depuis et dont l'existence est pour le moins problématique, ne doit pas nous arrêter.

Nous arrivons enfin aux *gommes ulcérées* qui sont peut-être de toutes les affections amygdaliennes, celles qui pourraient avoir le plus de ressemblance avec la lésion qui nous occupe.

« La gomme ulcérée se présente, en effet, sous la forme d'une perte de substance déchiquetée avec enduit jaunâtre bourbillonneux, laissant au-dessous de lui une surface sanieuse, rougeâtre et fongueuse ; mais la

(1) Thouroschewsky. — *Wiern. méd. Presse,* n° 34, 1884.

caractéristique de l'ulcère gommeux est de ne pas se cantonner au centre du tissu amygdalien, mais bien au contraire de débuter en général sur les bords, de telle sorte qu'il envahit très rapidement soit les piliers, le voile, le pharynx ou la base de la langue, pour de là s'étendre en largeur et en profondeur. La syphilis tertiaire de l'arrière-gorge abandonnée à elle-même, produit ainsi de vastes délabrements qui laissent, après eux, les synéchies cicatricielles qu'on connaît bien. Les bords de l'ulcère syphilitique sont toujours plus ou moins rouges, enflammés et infiltrés, ce qui n'existe jamais, dans les formes ulcéreuses simples » (1).

Comme il est facile de le comprendre, ces ulcères perforants se produisent quand la gomme se ramollit. Non-seulement ils s'étendent en surface, mais aussi en profondeur et leur action destructive peut atteindre rapidement les parties sous-jacentes. Morell-Mackenzie relate un cas d'ulcération de l'artère vertébrale.

Les signes locaux qui précèdent peuvent donc servir à établir le diagnostic, mais on peut y ajouter : la marche de la maladie qui, lorsqu'il s'agit d'une gomme, est beaucoup plus lente; l'âge des patients : l'ulcère gommenx est fréquent au-dessus de trente ans; celui de l'amygdalite lacunaire est plus fréquent de dix-huit à vingt-cinq ans.

Le début est aussi un bon signe de diagnostic; en effet, la gomme, avant de s'ulcérer, a constitué une petite tumeur dans laquelle, au bout de quelque temps, il a été facile de percevoir un certain degré de fluctuation. A mesure de son accroissement, la muqueuse qui la recouvre s'est injectée et a pris une teinte rouge violacée. Autant de signes qui n'existent pas dans l'amygdalite lacunaire.

Lorsqu'une ulcération suspecte persiste obstinément pendant quatre ou cinq semaines, malgré les remèdes internes et les applications locales, tels que nitrate d'argent, nitrate de mercure, etc., on peut affirmer avec certitude l'origine spécifique de la maladie (Morell-Mackenzie).

(1) Moure.

Ulcérations tuberculeuses.

Forme aigüe. — Les ulcérations aigües sont très rares, parce qu'en général elles n'ont pas le temps de se produire et le malade est emporté par la tuberculisation générale.

Cependant, elles peuvent exister concurremment avec les lésions pulmonaires. Ce sont alors des érosions qui d'abord superficielles s'élargissent et se creusent et viennent se mettre en continuité avec des ulcérations voisines. Il en résulte une perte de substance irrégulière serpigineuse et son envahissement progressif et rapide n'épargne pas les régions voisines de l'amygdale. Cette extension se fait par fonte des follicules tuberculeux, du semis jaunâtre entourant les ulcérations premières. Bientôt la muqueuse est en grande partie détruite et remplacée par une surface tomenteuse et pultacée ; la luette, les piliers sont déformés, les amygdales ravagées et détruites. Douleurs de gorge, dysphagie, salivation, engorgement et suppuration des ganglions, tous ces symptômes locaux atteignent leur maximum, concurremment avec les lésions pulmonaires, qui emportent le malade en moins de quatre mois. Inutile d'insister sur le diagnostic avec les ulcérations simples.

Forme chronique. — Elle se traduit par des symptômes beaucoup moins manifestes. Elle s'annonce par une légère douleur localisée en un point de l'ithme du gosier, sur une amygdale. Là se montre une plaque chagrinée, légèrement saillante, dont la surface ne tarde pas à subir une érosion superficielle, premier stade de l'ulcération chronique. Bientôt cette ulcération se creuse ; sa surface, inégale et anfractueuse, présente un piqueté rouge et gris ; en certains points, elle peut devenir végétante et se couvre d'excroissances papilliformes

analogues à de gros bourgeons charnus. Pendant un temps variable, plusieurs mois, les ulcérations font peu de progrès, les phénomènes fonctionnels restent peu accusés. Puis sous l'influence d'une poussée granuleuse dans les poumons, les lésions passent à l'état aigü. Elles se généralisent ; des poussées de granulations disséminées se font à la périphérie des ulcérations et l'aspect géneral rappelle alors celui de la forme aigüe.

Ordinairement le pharynx et surtout le larynx sont atteints concurremment ou bien leurs lésions devancent celles de l'amygdale et masquent alors ces dernières.

La durée est de six à huit mois et même un an, et la mort est due plutôt aux lésions pulmonaires et laryngées qu'à l'angine tuberculeuse.

Tels sont l'aspect et les symptômes du lupus amygdalien. Nous voyons que le seul examen de l'ulcération peut suffire pour poser le diagnostic. En effet :

« Outre que le lupus ne se cantonne pas à un point précis du tissu amygdalien, que les bords sont toujours plus ou moins rouges et infiltrés, les contours de la perte de substance sont moins nets, cette dernière est recouverte de bourgeons rosés qui se perdent peu à peu sur les bords. La marche est lente, insidieuse, et se fait par poussées successives. Enfin, le lupus primitif et isolé de l'amygdale est assez rare, si on s'en rapporte aux quelques faits publiés dans la science (1) ».

Nous sommes heureux d'en relater un nouveau cas qui fait l'objet d'une de nos observations. Nous y avons décrit l'ulcération avec tous ses caractères et on peut se rendre compte, que, arrivée en pleine évolution, il est impossible, par le seul examen de la gorge, de la confondre avec d'autres lésions et surtout avec l'ulcération, lacunaire qui est circulaire, bien délimitée, à évolution rapide. Nous trouvons d'autres éléments de

(1) Moure.

différenciation dans l'état général du sujet, et surtout dans l'intégrité des autres organes, du pharynx et du larynx en particulier. Dans notre observation, l'altération lupique avant d'atteindre l'amygdale et de s'y localiser, s'était antérieurement manifestée sur la muqueuse pituitaire et dans l'oreille moyenne. Néanmoins le diagnostic d'ulcération lupique n'a été porté avec assurance qu'après l'examen histologique d'un des bords de l'ulcération et nous nous permettons de reproduire le résultat de cet examen qui a été pratiqué au laboratoire d'anatomie pathologique, par M. Brindel :

« Après fixation immédiate dans l'alcool sublimé, coloration en masse au picro-carmin et inclusion dans la paraffine, on constata qu'on se trouvait en présence d'un tissu inflammatoire, caractérisé par la disparition des follicules de l'amygdale, par une infiltration assez considérable de cellules rondes vivement colorées. L'épithélium est très épaissi dans les points non ulcérés ; L'inflammation se traduit encore par une dilatation vasculaire des plus manifestes, un épaississement de la paroi des vaisseaux laquelle a subi une infiltration considérable de cellules lymphatiques.

On aperçoit aussi, en plusieurs points de la préparation un assez grand nombre de cellules géantes dont les noyaux sont très vivement colorés et entourés de cellules embryonnaires. Enfin, il faut noter la présence de petites masses caséeuses, reconnaissables à leur coloration rosée uniforme et à l'absence de noyaux. Il s'agit évidemment de cellules dégénérées, caséifiées.

Si on s'éloigne des bords de l'ulcération, le tissu amygdalien reprend peu à peu ses caractères normaux, bien qu'il existe encore des cellules géantes en quelques endroits ».

Ulcérations à fausses membranes.

Nous en arrivons maintenant à *l'ulcération herpétique* qui est petite, arrondie, s'élargit par suite de la confluence des vésicules. Elle est accompagnée de tous les signes de l'angine herpétique (début brusque, fièvre intense, symptômes d'angine très accentués, etc.), céphalalgie presque aussi intense que dans

la méningite (Lasègne), troubles gastro-intestinaux, engorgements ganglionnaires, etc.

En outre de l'ulcération, on constate, comme symptômes locaux: une muqueuse pharyngienne enflammée,des amygdales bosselées et tuméfiées (Dieulafoy), et l'existence à côté de l'ulcération ou sur les régions voisines de vésicules ayant la dimension d'une tête d'épingle et non encore ulcérées. La muqueuse enflammée peut aussi fournir des exsudats semblables à ceux qui ont été fournis par la surface ulcérée (Trousseau).

Notons en plus que les récidives de l'angine herpétique sont fréquentes et que l'éruption de la gorge s'accompagne souvent d'éruption de vésicules semblables aux narines, aux lèvres, à la vulve, au prépuce, voire même au larynx (croup herpétique).

Tel est l'ensemble des symptômes qui nous permet de différencier nettement l'ulcération herpétique, de l'ulcération lacunaire aigüe et qui nous autorise à rejeter l'hypothèse émise par M. Mendel, sur la nature de cette dernière lésion.

Il tendrait en effet volontiers à faire rentrer cette lésion dans le cadre de la diathèse herpétique : « je me suis demandé si l'amygdalite en question ne représentait pas une forme particulière d'herpès dont la période vésiculeuse avait passé inaperçue ». (1)

Mais les symptômes généraux et tout ce complexus symptomatique connu sous le nom de fièvre herpétique ne peuvent pas, eux, passer inaperçus et notre tableau clinique n'en accuse pas trace dans l'amygdalite lacunaire.

Assurément ces symptômes généraux sont légers dans l'herpès labial, facial ou préputial, mais ils ne revêtent jamais cette bénignité dans l'herpès pharyngé et amygdalien. Et puis l'aspect seul de l'ulcération peut, à notre sens, permettre de

---

(1) Mendel. — *Amygdalite ulcéreuse chancriforme.* — Communication à la Société Française d'Otologie et de Laryngologie (Mai 1895).

diagnostiquer la lésion. L'ulcération herpétique n'est pas, comme l'autre, vaste et à bords nettement taillés à pic; c'est une simple dépression cupuliforme environnée d'une muqueuse turgescente, une érosion punctiforme que ce boursouflement de la muqueuse environnante pourrait en effet, *au premier abord*, faire prendre pour une ulcération profonde.

Parmi les autres ulcérations à fausses membranes, celles qui succèdent à la rupture des vésicules aphteuses sont arrondies, cupuliformes,à fond blanchâtre, recouvert d'un exsudat très adhérent, à bords plats ou légèrement relevés. Elles sont très douloureuses et la dysphagie est excessive. Le meilleur signe diagnostique est que les vésicules ne se développent jamais exclusivement sur l'amygdale et qu'elles sont surtout nombreuses dans la bouche.

Les ulcérations superficielles produites par l'enlèvement des plaques laiteuses du muguet ne doivent pas non plus nous arrêter.

Celles de l'angine ulcéro-membraneuse sont superficielles, grisâtres, difficiles à déterger, très irrégulières, sans perte de substance appréciable et saignent facilement. On constate dans la bouche l'existence de dépôts pseudo-membraneux, jaunâtres et peu étendus.

Ulcérations des Fièvres éruptives.

Les fièvres éruptives, la variole et la scarlatine entr'autres peuvent donner lieu à des ulcérations de l'amygdale qui ont, elles aussi quelques points de communs avec l'affection dont nous nous occupons.

Les ulcérations de la variole sont consécutives à la rupture d'une pustule. Elles sont petites, circulaires, peu profondes, à bords nets et bien taillés. Le principal moyen de diagnostic

consistera dans la coexistence des autres symptômes de la fièvre éruptive (éruptions cutanées, état général)

Dans la scarlatine, les ulcérations sont recouvertes d'un enduit blanchâtre adhérent, résistant qui n'a rien de commun avec la sécrétion pultacée de l'amygdalite lacunaire. Du reste, le diagnostic sera vite tranché si nous ajoutons que l'ulcération gagne avec rapidité les piliers, la luette, etc. Si on enlève les fausses membranes, elles résistent et il se produit à la surface qu'elles recouvrent, une petite hémorrhagie. Enfin, là comme plus haut nous aurons de la fièvre, une angine à fausses membranes, et l'apparition rapide de l'exanthème cutané.

D'autres ulcérations microbiennes sur lesquelles Cornil (1) a appelé l'attention se produisent dans certains états généraux graves, l'endocardite infectieuse, la gangrène du poumon, dans lesquels cas il sera facile de reconnaître que l'ulcération est évidemment secondaire et dû à un état infectieux général.

La fièvre typhoïde est assez souvent aussi la cause d'ulcérations qui sont superficielles et ressemblent à de grands aphtes. Arrivant au début et presque comme symptôme prémonitoire de cette grande pyrexie, le diagnostic en est alors assez difficile; mais l'évolution naturelle de la fièvre, ne tardera pas à trancher le diagnostic; du reste, ces ulcérations surviennent le plus souvent dans le cours de la maladie.

Il nous faut signaler maintenant une altération des amygdales qui offre une certaine analogie avec celle que l'on observe au début, pendant le cours, ou à la convalescence des fièvres éruptives, et qui est décrite par Morell-Mackenzie sous le nom *d'ulcération de la gorge*. Il appelle ainsi, une ulcération superficielle, due à une scepticémie de peu d'intensité et se rencontrant chez des personnes affaiblies et exposées à l'action des poisons septiques.

(1) Cornil. — *Connaissances médicales*. — No 18, 1885.

Les étudiants qui suivent assidûment la pratique hospitalière et qui consacrent une grande partie de leur temps aux exercices de dissection sont, ajoute cet auteur, particulièrement sujets à cette forme d'infection à laquelle les Allemands ont donné le nom d'*angina nosocomii*. Jusque là tout pourrait faire penser à l'amygdalite lacunaire surtout l'existence de cette lésion chez les étudiants en médecine, car sur les seize observations que nous avons pu réunir, cinq des malades qui en ont été le sujet, sont des étudiants en médecine ; mais la divergence s'établit quand l'auteur décrit les symptômes de l'ulcération de la gorge :

Il parle, en effet, de faiblesse du pouls, d'abaissement assez considérable de la température, de douleurs lancinantes dans les jambes et fréquemment dans la tête, autant de symptômes qui s'éloignent de ceux de l'affection qui nous occupe. Il fait de cette maladie une forme d'inflammation lente, dans laquelle la constitution du sang serait altérée. La nutrition de l'amygdale se faisant mal, il en résulterait une perte de substance plus ou moins considérable. Nous avons vu que ce n'est pas du tout le mode pathogénétique de l'amygdalite lacunaire ulcéreuse.

Nous ne parlerons que pour mémoire de l'*ulcération maligne* qui est accompagnée d'un néoplasme, sur lequel elle repose ; elle est anfractueuse, bourgeonnante, saigne au moindre attouchement et de la surface se détachent des lambeaux ; elle s'étend comme le néoplasme, ses bords sont indurés. Elle est accompagnée d'adénite (ganglions indurés, volumineux, douloureux, pouvant aboutir à la suppuration). Sa marche est lente et progressive. Il y a de bonne heure du retentissement sur l'état général.

CHAPITRE VI

Pronostic et Traitement.

L'amygdalite lacunaire aigüe est une affection essentiellement bénigne et en cela nous ne partageons pas l'avis de M. Huguet qui en fait une maladie des plus dangereuses, si elle n'est pas soignée sur l'heure.

Ses récidives sont rares; le docteur Moure en a constaté une seule fois et, pour notre compte, si nous nous reportons à l'Obs. 15, nous voyons une ulcération se former sur l'amygdale droite, très peu de temps après l'ablation de l'amygdale gauche hypertrophiée et ulcérée.

« *Le traitement* nous paraît devoir être surtout antiseptique; il faut d'abord nettoyer la surface et la cavité ulcéreuse de tous les produits sphacélès qu'elle contient. A ce titre, un badigeonnage ou plutôt un écouvillonnage sérieux fait avec le porte-ouate garni, imbibé d'une solution de chlorure de zinc à 1/20 ou 1/30, me paraît être le meilleur topique. On fait alors gargariser le malade plusieurs fois par jour avec un gargarisme boraté et bromuré.

Le lendemain on peut faire un nouveau badigeonnage au chlorure de zinc ou avec la solution iodo-iodurée à 1/10 ou 1/15.

Puis, à mesure que l'ulcère se déterge et que la plaie se cicatrise, on supprime les badigeonnages pour se borner aux gargarismes alcoolisés. Le raclage ou l'abrasion de l'ulcère à la pince coupante m'ont également donné de très beaux résultats » (1).

Si l'on arrive à temps pour reconnaître qu'on a affaire à

(1) Moure.

une amygdalite lacunaire aigüe avant que l'ulcération ne se soit formée, on opère comme dans le cas d'amygdalite lacunaire chronique, on pratique la *discission*.

La langue abaissée, la région bien éclairée, on dirige le crochet mousse vers le point douloureux, on y engage son extrémité qu'on va faire ressortir à travers le tissu dans un point voisin. Un pont de tissu est ainsi compris dans la concavité du crochet, on tire à soi, te tissu triable cède, un peu de sang s'écoule et la lacune béante laisse échapper son contenu qui est craché par le malade. Cette petite opération est peu douloureuse et on pourra se passer de cocaïne. On nettoie bien la cavité et on touche avec les topiques, comme on l'a dit plus haut.

Mais ce traitement n'est guère applicable que pour la forme chronique de l'affection et pour le début de la forme aigüe ; de plus on sait que ce début nous échappe le plus souvent. Donc, une fois l'ulcération constituée quelle conduite doit-on tenir :

Si l'amygdale est notablement hypertrophiée et que le malade en éprouve une gêne habituelle, on n'hésite pas à en faire l'ablation au moyen de l'anse galvanique. Il y a là, double indication pour opérer.

Si l'ulcére est de dimensions assez petites pour qu'on puisse l'englober du même coup dans les fenètres de la pince coupante on le supprime en y comprenant les parties attenantes du tissu amygdalien.

Enfin si l'ulcère est de dimensions plus vastes, on en pratique le morcellement, c'est-à-dire, qu'après un badigeonnage préalable à la cocaïne, on va à plusieurs reprises, aidé d'un bon éclairage et du miroir frontal, enlever morceau par morceau l'ulcération, jusqu'à ce qu'il n'en reste plus trace. On fait alors un badigeonnage des surfaces saignantes avec

un collutoire iodo-ioduré ou mentholé, et l'on prescrit des gargarismes boriqués ou iodés.

Il va de soi qu'il faut recommander aux malades d'éviter le froid, l'alcool, le tabac, et toutes les causes d'irritation. La guérison s'opère dans l'espace de quelques jours mais la trace de l'opération persiste sous forme d'une petite excavation à bords évasés ayant l'aspect du tissu environnant.

CHAPITRE VII.

Nous donnons ici, en résumé, les six observations que nous devons à l'obligeance de M. Moure; on les retrouvera in-extenso dans son travail sur l'amygdalite ulcéreuse; nous les ferons suivre des six observations recueillies par M. Mendel, qui les a lui-même relatées dans sa communication sur l'Amygdalite ulcéreuse chancriforme.

Observation I.

X..., 21 ans, élève à l'école de santé navale se présente à la clinique de laryngologie du Dr Moure, pour un mal de gorge et une ulcération qu'il a aperçu sur son amygdale droite. Pas de tuberculose, ni de syphilis. Granulations et pharyngite à répétition.

L'examen fait apparaître une ulcération recouverte d'enduit pultacé blanchâtre, peu adhérent, et recouvrant une perte de substance arrondie, à orifice tourné en haut, d'un diamètre de 6 ou 7 millimètres. L'introduction du stylet — qui n'est pas douloureuse — montre qu'elle mesure environ 1 centimètre de profondeur et que ses bords sont taillés à pic. Le reste de l'amygdale, le voile et les piliers sont sains. Pas de ganglions.

Cette ulcération se modifie très rapidement sous l'influence d'un collutoire iodo-ioduré. Le lendemain elle n'est plus recouverte d'un enduit blanchâtre, mais elle est toujours béante.

Six jours après, guérison complète.

Trois ans après on reconnait, à la place où elle a siégé, une petite excavation; jamais de récidive.

Observation II.

M. C..., 21 ans, étudiant en médecine, se présente au Dr Moure pour se faire examiner la gorge. Pas de diathèse. Amygdalites fréquentes; l'amygdale droite à déjà été supprimée par des cautérisations galvaniques.

Un matin, il éprouve de la gêne à la déglutition et constate alors qu'il est porteur, sur l'amygdale gauche, d'une ulcération ovale, dont le grand diamètre a au moins 2 centimètres, qui forme excavation à bords franchement découpés et qui est recouverte d'une couche de substance blanche. Gêne à la déglutition. Pas de ganglions. Le Dr Moure écarta d'emblée l'idée d'accidents syphilitiques, toucha à la teinture d'iode et prescrivit des gargarismes antiseptiques. Peu à peu la substance s'élimina, les bords de l'ulcération devinrent plus mousses ; guérison au bout de huit jours.

Observation III.

M. X..., 22 ans, étudiant en médecine, se présente à la clinique de laryngologie se disant atteint d'ulcérations des amygdales. Quelques jours avant il avait eu, à la bouche, des accidents dus à la venue des dents de sagesse. Pas de syphilis. Le sujet est rhumatisant. Il y a deux ans il eut, en même temps qu'une attaque de rhumatisme, une angine assez forte.

A l'examen, on constate sur l'amygdale droite, une ulcération cratériforme, large comme une pièce de 20 centimes. Les bords sont rouges, un peu déchiquetés, et le fond grisâtre, pulpeux. Cette pulpe enlevée, le fond apparaît rougeâtre et inégal, le reste de l'amygdale est sain. Du côté gauche, ulcération analogue, mais plus petite. La plus grande partie de ces ulcères est enlevée avec la pince coupante pour l'examen. Après l'opération, le malade a éprouvé d'assez vives douleurs et un peu de dysphagie. Attouchement des cicatrices au chlorure de zinc, guérison rapide, aidée par les gargarismes bromurés-phéniqués.

Observation IV.

Victor C..., 18 ans, domicilié à Bordeaux, se présente à la clinique, le 2 juillet 1894. Il dit que son amygdale gauche a grossi et qu'il s'est trouvé gêné pour avaler. La voix est normale, le pouls et l'appétit assez bons.

A l'examen on trouve une ulcération bien limitée à la partie antérieure et médiane de l'amygdale gauche ; elle a l'air d'avoir été déchiquetée ; il s'en détache une excroissance charnue, longue de près d'un centimètre, en forme de stalactite rougeâtre. Cette excroissance est enlevée à l'aide de pinces, L'enduit pultacé qui se trouve sur l'amygdale est en petite quantité. L'ulcère a la dimension d'une pièce de cinquante centimes, de forme ovalaire dans le sens vertical. Pas de tuméfaction, ni d'infiltration périphérique.

Les ganglions ne sont pas engorgés.

On donne comme traitement un gargarisme borax-bromure.

Le malade revient à la clinique le 5 juillet; l'inflammation a considérablement diminué, il reste un bourrelet grisâtre situé derrière le pilier antérieur.

9 juillet. — L'ulcération se déterge.

15 juillet. — L'ulcération siègeant au haut de l'amygdale est guérie. Mais depuis deux ou trois jours, le malade se plaint de souffrir de la gorge de ce côté, et l'on constate à l'examen, à la partie antérieure de la face interne de l'amygdale gauche et au dessous de la première, une ulcération grisâtre cratériforme arrondie mesurant environ un demi-centimètre de diamètre. Elle a le même aspect que la première, sans offrir avec celle qui est guérie le moindre lien de continuité.

Badigeonnage au chlorure de zinc à 1/50. Le malade continue son gargarisme au borax.

19 juillet. — L'ulcération de la partie inférieure a à peu près disparu.

23 juillet. — L'ulcération est complètement guérie.

30 juillet. — La guérison se maintient et l'on trouve à la place des deux ulcères une excavation qui marque d'une manière indélébile la glande qui vient d'être ainsi atteinte. Le reste de l'amygdale qui est d'ailleurs peu volumineuse ne présente aucune trace de lésion lacunaire ou caséeuse.

Observation V.

M. A..., vingt-sept ans, sans profession, vient me consulter le 13 octobre 1894, se plaignant depuis sept à huit jours d'une gêne pour avaler et d'un mauvais goût dans la bouche. Il est assez sujet à avoir des amygdales aiguës, et depuis longtemps déjà il a, dit-il, l'intention de se débarrasser de ses deux amygdales qui sont très volumineuses et lacunaires. Toutefois, il ne se rappelle pas avoir eu de mal de gorge aussi persistant que celui-ci. L'examen extérieur ne présente rien de particulier; pas de tuméfaction ganglionnaire, pas de douleur au toucher.

L'inspection de la gorge me montre d'abord les deux amygdales hypertrophiées, et de plus, sur la base de la droite, vers la langue, mais bien sur la face interne de la glande, j'aperçois un vaste ulcère cratériforme, arrondi, ayant au moins la dimension d'une pièce de cinquante centimes. Les bords sont rouges, saillants et déchiquetés, sans qu'il existe cependant d'infiltration périphérique; le voile, la luette et les piliers sont sains. Le fond de l'ulcère est grisâtre, pulpeux, et une fois détergé, il apparait rouge

sanieux et très anfractueux; sa profondeur est assez grande pour que la ouate disparaisse presque complètement dans le fond.

Badigeonnage au chlorure de zinc, solution au 1/30. Gargarismes iodés. Deux jours après l'ulcère commence déjà à se déterger, le fond est plus rosé, les bords moins saillants; la cicatrisation marche rapidement. Quatre jours plus tard; l'ulcère est à peu près guéri.

Observation VI.

L. M..., 23 ans, étudiant en médecine; pas de syphilis, ni de tuberculose; rougeole dans l'enfance, angines fréquentes. Un soir gène à la déglutition, et engorgement ganglionnaire à droite. La dent de sagesse évoluait à ce moment-là. Fétidité de l'haleine.

A l'examen du 22 avril, on constate à droite, une ulcération fongueuse, à bords déchiquetés, et à fond mou se laissant pénétrer avec le porte-ouate garni. L'adénite disparaît au bout de peu de temps. On badigeonne avec le chlorure de zinc à 1/30 et on prescrit un gargarisme borax-bromuré. Guérison rapide.

OBSERVATIONS EMPRUNTÉES A M. LE Dr MENDEL

Observation VII.

Notre premier malade est un étudiant de vingt-trois ans, qui se présente à la consultation du Professeur Fournier, à l'hôpital Saint-Louis, pour un mal de gorge dont le début remontait à une quinzaine de jours. Le malade n'éprouvait qu'une dysphagie légère.

La gorge du malade est congestionnée, notamment du côté gauche, où l'on aperçoit dans le corps de l'amygdale et sur sa face antérieure, une ulcération arrondie, à bords durs, très creuse et de taille à loger une petite noisette. On note, dans la région sous-maxillaire, l'existence d'un petit ganglion hypertrophié.

L'ulcération de l'amygdale n'existe que depuis deux jours; sa formation a coïncidé avec l'expuition d'une petite quantité de pus (?). Elle n'a influencé en rien la dysphagie assez légère qui existait dès le début.

Cautérisations iodées; gargarismes boriqués. Réparation complète en une semaine.

Observation VIII.

Cette observation parait calquée sur la précédente. Elle se rapporte également à un malade du service de M. le professeur Fournier.

J..., garçon de magasin, âgé de vingt-six ans, est assez sujet aux maux de gorge. Il n'a jamais eu la syphilis.

Le 17 janvier 1894, il fut pris d'une dysphagie assez marquée, sans cortège fébrile. La dysphagie persista, en diminuant, et le malade entra à l'hôpital Saint-Louis, sur l'avis d'un médecin.

La gorge est congestionnée, notamment du côté droit, l'amygdale de ce côté présente dans sa partie moyenne une ulcération très excavée, du volume d'une petite noisette, à bords durs, et recouverte d'un enduit grisâtre. On ne note que très peu d'engorgement ganglionnaire.

L'épiglotte présente des lésions assez particulières : son bord libre est evulcéré dans sa partie gauche; à droite elle présente trois petites érosions linéaires blanchâtres.

L'ulcération amygdalienne fut cautérisée au moyen de la teinture d'iode; elle se répara complètement en trois ou quatre jours. Les exulcérations épiglottiques guérirent spontanément.

Observation IX.

Cette observation reproduit encore le type précédent.

D..., âgé de trente-deux ans, est atteint depuis deux ans, à l'entrée de l'hiver, d'un catarrhe rhino-pharyngien qui disparaît au printemps. En octobre 1893, il fut atteint de son affection habituelle, qui s'accompagne de dysphagie modérée. Au bout de cinq ou six jours, ce malade très soigneux découvrit sur la face interne de l'amygdale gauche, un peu en arrière, une ulcération assez creuse, un peu blanchâtre, à bords légèrement irréguliers et durs, lenticulaire. Pas de retentissement ganglionnaire

Attouchements à la teinture d'iode, Réparation complète en six jours.

Observation X.

M..., âgé de vingt-huit ans, assez sujet aux angines, fut atteint de dysphagie, presque subitement, le 3 août dernier ; la douleur semblait plutôt localisée à droite.

Le pilier antérieur et le pilier postérieur droit sont gonflés et rouges : entre eux, on aperçoit sur l'amygdale une ulcération irrégulière, ovalaire, très creuse, à grande dimension verticale, du volume d'une noisette, à bords indurés : cette ulcération est recouverte d'un enduit blanc grisâtre. Un peu d'hypertrophie ganglionnaire.

Le 6 août, après quelques gargarismes émollients, la dysphagie a diminué : l'ulcération semble se rétrécir; elle est toujours très creuse et recouverte de son enduit.

Le 9 août, l'ulcération a presque complètement disparu, ainsi que la dysphagie.

OBSERVATION XI.

M. B..., âgé de vingt-quatre ans, est amené à ma clinique par mon excellent confrère le Dr Rouquès.

Ce malade avait été pris, le 22 mai 1894, d'une violente dysphagie sans fièvre. On note dès le lendemain l'existence, à droite, d'une ulcération amygdalienne, de la dimension d'un pois, très creuse, cratériforme, grisâtre, à bords indurés. Petit ganglion sous maxillaire correspondant.

La douleur cessa assez rapidement; mais la perte de substance ne fut réparée qu'au bout de trois semaines.

Traitement : badigeonnages au naphtol camphré; gargarismes à l'eau boriquée.

OBSERVATION XII.

Mme A..., âgée de vingt-sept ans, souffre depuis trois jours d'un mal de gorge avec dysphagie violente et voix angineuse; fièvre légère. Elle a déjà vu un médecin, qui a proposé une cautérisation; effrayée, elle m'a fait venir.

On constate un gonflement du cou à droite, avec sensibilité à la pression, mais pas d'hypertrophie ganglionnaire. Dans la gorge, on note une rougeur diffuse de l'amygdale droite avec tuméfaction générale de cette glande, dont la face interne est creusée d'une ulcération assez profonde recouverte d'un enduit jaunâtre. Tout autour de l'ulcération, le doigt perçoit une induration très prononcée.

Traitement : gargarismes phéniqués, attouchements à la liqueur de Van Swieten.

Le lendemain, l'état resta stationnaire. Au bout de trois jours, tous les symtômes avaient disparu; la gorge était normale.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Observation XIII.

X..., 28 ans, souffre de la gorge depuis trois ou quatre jours; la douleur est du reste peu accentuée et se réduit à une simple gêne de la déglutition. Il se présente le 1er avril à la clinique de laryngologie, et c'est M. Brindel qui l'examine, tout d'abord.

On constate, sur l'une et l'autre amygdale, une petite surface légèrement saillante, lisse, arrondie, mesurant de 2 millimètres à 2 millimètres 1/2 de diamètre, blanc nacrée. Ces deux saillies, occupent sur chaque amygdale, un point symétrique qui correspond à peu près au milieu de la hauteur de l'organe. Celle de droite, un peu plus marquée, est entourée d'une petite aréole rouge, véritable liseré inflammatoire, qui explique la douleur ressentie par le malade.

Celui-ci interrogé, nie l'existence d'une diathése quelconque dans ses antécédents.

On pensa d'abord à un abcès enkysté. L'examen bactériologique du contenu caséeux fit découvrir de nombreux streptocoques et staphylocoques; mais l'examen de la portion ulcérée, enlevée à la pince coupante, montra qu'on avait affaire non à une menbrane pyogène (abcès enkysté), mais bien à l'enveloppe d'une crypte amygdalienne. Il s'agissait donc d'une amygdalite lacunaire, avec rétention de produits épithéliaux.

L'ablation de l'amygdale avec l'anse galvanique vint encore confirmer le diagnostic et le malade guérit rapidement.

Observation XIV.

S..., 29 ans, menuisier, père et mère vivants et bien portants. A signaler cependant que la mère a eu des amygdales toujours très développées. Le malade ne compte, dans son passé pathologique, qu'une rougeole et une variole bénignes.

D'autre part, aucune manifestation diathésique ; mais de temps en temps l'arrière-gorge s'enflamme sous l'influence de la fumée de tabac et du froid et reste très irritable. Les amygdales ont toujours été assez volumineuses.

Le 28 avril,il s'aperçut que les ganglions de l'angle gauche de la mâchoire étaient volumineux. En même temps, il ressentait une grande gêne de la déglutition, ainsi qu'une sensation de brûlure au contact des aliments. Tous ces accidents attirèrent son attention du côté de son arrière-bouche et le 1er mai, il constata qu'il était porteur sur l'amygdale gauche, d'une plaque blanchâtre, à contours assez nets.

Les gargarismes ne produisant aucun effet, la douleur et l'engorgement ganglionnaires persistant, il se présenta le 13 mai à la clinique de laryngologie du Dr Moure.

On constata alors que l'amygdale gauche hypertrophiée, faisait une saillie notable et venait obstruer l'ithme du gosier. Elle présentait à sa face interne une ulcération, de forme irrégulièrement elliptique, à grand axe vertical, mesurant près de un centimètre et demi de hauteur, formant excavation à bords rouges, un peu déchiquetés, à fond grisâtre rappelant

l'aspect d'une muqueuse sphacelée. La pulpe grisâtre, enlevée au moyen du porte-ouate, mit à découvert un fond rougeâtre, inégal et mou. Le tissu amygdalien environnant était sain, quoiqu'un peu hyperémié. Le voile, la luette et les piliers sont sains.

On cautérise la surface ulcérée avec une solution de chlorure de zinc et on donna au malade un gargarisme au borax, bromure et acide phénique.

Le 14 et le 15, nouvelles cautérisations.

Le 16, quelques points de l'ulcération sont détergés, mais l'amygdale est toujours très grosse et les frottements produits par le passage des alimets menacent de mettre obstacle à la cicatrisation rapide. Ganglions toujours engorgés et volumineux. L'ablation proposée au malade et acceptée, a lieu, à l'anse galvanique, le 17.

Le 20, on constate que la surface de cicatrisation commence à prendre l'aspect du tissu amygdalien normal ; mais en même temps on s'aperçoit que l'admygdale droite, jusqu'alors indemne, est à son tour le siège d'une ulcération dont les dimensions sont il est vrai plus modestes que celles de l'amygdale gauche.

Le 25, on pratique l'ablation de cette amygdale qui elle aussi était volumineuse et gênait beaucoup le patient.

Observation XV.

Ulcération tuberculeuse à marche chronique.

F. C..., 18 ans, ajusteur, se présente le 2 mai 1895 à la clinique de laryngologie du Dr Moure, se plaignant d'un violent mal de gorge. Ses antécédents de famille sont bons. Son passé pathologique comporte, avec une rougeole, de nombreux accidents strumeux. Actuellement il se produit une poussée tuberculeuse au sommet du poumon gauche.

Il y a quatre ans, il dit avoir subi une petite opération sur le nez. On aperçoit en effet, à l'examen rhinoscopique, sur la partie antérieure du cornet inférieur gauche, des traces cicatricielles, dues probablement à un raclage d'anciennes lésions lupiques. On voit du reste, dans le voisinage, une saillie mamelonnée, irrégulière, qui elle manifestement est tuberculeuse.

A cette rhinite succèda une otorrhée, et l'on peut à l'heure actuelle constater les traces d'une perforation ancienne portant sur le segment antérieur de la menbrane.

Enfin, depuis un mois, notre malade accuse des accidents du côté de la gorge : enrouement, gêne de la déglutition, sensation de cuisson, de brû-

lure quand le bol alimentaire traverse l'isthme du gosier. Le mal progressant et la dysphagie douloureuse allant croissante, le malade se présente à la clinique.

Dès le 1er examen, on a constaté des ulcérations ayant absolument l'aspect des ulcérations tuberculeuses. Ce sont des tâches jaunâtres arrondies de 3 ou 4 millimètres de diamètre pour les unes, de 4 à 10 pour les autres. Elles ont des bords festonnés et taillés à pic, le fond est enduit d'une couche de mucus grisâtre qui une fois enlevé laisse à nu, une surface inégale d'un gris jaunâtre. Autour d'elles on observe un semis de points jaunâtres qui sont probablement des amas de follicules tuberculeux, dont quelques uns sont déjà ulcérés et confondus avec l'ulcération principale.

Ces ulcérations siégent sur l'amygdale gauche et s'avancent sur les les bords de cet organe. Il y a une infiltration œdémateuse assez considérable des piliers du même côté. Le postérieur est notablement hypertrophié et couvert d'un semis granuleux jaunâtre. Le voile du palais, la luette et tout le reste de l'arrière-gorge sont enflammés et subissent un début d'infiltration.

A noter une adénopathie maxillaire gauche assez considérable.

Santé générale d'ailleurs peu satifaisante, depuis quelques jours, l'alimentation, est rendue difficile par l'existence des lésions gutturales.

On lui fait, le premier jour et les jours suivants, des applications topiques de teinture d'iode et d'autres médicaments.

Le 18 mai, malgré un traitement régulier, on constate que l'admygdale et la partie attenante des piliers du voile sont excavés par la perte de substance dont les bords sont couverts de gros bourgeons charnus hypertrophiques. L'adénopathie persiste.

Le 19 mai, on enlève à la pince coupante une portion d'un des bords ulcérés et on pratique l'examen histologique, qui confirme le diagnostic déjà porté d'ulcération lupique.

Le 20 mai, on procède à l'ablation de l'admygdale, qui est le principal foyer de la lésion, et après quelques cautérisations de la surface de cicatrisation l'infiltration de voisinage semble se diriger vers une régression prochaine.

Le malade, probablement guéri, ne s'est plus, malgré notre recommandation, présenté à notre examen.

Conclusions.

De cette étude d'une maladie non encore décrite spécialement, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Il y a lieu de consacrer, dans les traités spéciaux, un chapitre nouveau à une maladie mal connue jusqu'ici et appelée par le docteur Moure : *Amygdalite lacunaire ulcéreuse aigüe ;*

2° Cette affection qui n'est pas aussi rare qu'on pourrait le supposer est une inflammation aigüe des amygdales, causée par l'accumulation dans les lacunes, de masses caséeuses dont l'enkystement rapide donne rapidement lieu à un processus nécrosique détruisant la muqueuse de revêtement ;

3° Elle est caractérisée *anatomiquement* par une ulcération d'un à un et demi-centimètre, non entourée de tissus inflammatoires, à bord nets, à pic, rouges, à fond blanc jaunâtre, pultacé, recouvrant une surface rougeâtre et irrégulière ; et *cliniquement* par un peu de gêne à la déglutition, quelquefois de l'engorgement ganglionnaire, et jamais de réaction fébrile bien marquée ;

4° On devra s'attacher autant à l'étude des symptômes concomitants qu'à l'étude des caractères de l'ulcération, pour faire le diagnostic de l'ulcération ;

5° Le début est insidieux, la marche assez rapide, le pronostic bénin, la guérison totale, avec récidive rare.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

Vu bon a imprimer :
Le Président de la thèse,
Dr ARNOZAN

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 26 juin 1895.
Le Recteur,
A. COUAT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

LASÈGUE. — *Traité des angines*, 1868.

TROUSSEAU. — Clinique 1887. T. I.

BOUCHARD. — *Traité de médecine*, T. III.

DECHAMBRE. — *Dictionnaire encyclopédique.*

FREY. — *Traité d'histologie*, (trad. 1883).

ROBIN. — *Leçons cliniques de la Pitié*, 1887.

FAUGÈRE. — Thèse de Paris, 1875, (*Scrofulides graves des muqueuses.*

NATIER. — Gommes des amygdales. *Annales de la Polyclinique de Paris*, 5 novembre 1890.

MORELL MACKENZIE. — *Traité des maladies du larynx et du pharynx*, traduit par Moure et Berthier.

FILLOUX. — Thèse de Paris 1886. *Ulcération des amygdales.*

FOURNIER. — *Traité de la syphilis.*

DIEULEFOY. — *Sem. méd.* 1895.

PIVAUDREN. — Thèse de Paris 1884. *Le chancre amygdalien.*

LEGENDRE ET CLAISSE. — *Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 8 janvier 1892.

BARTH. — Thèse de Paris 1886. *Ulcérations tuberculeuses de la gorge.*

SOKOLOWSKI ET DNOKOWOSKI. — *Contribution à la pathologie des processus tonsillaires inflammatoires.* (Arch. intern. de laryng. 1891, n° 6).

VEILLON. — *Arc. de méd. expérim.* 1er mars 1894.

DIDAY. — *Étude sur le chancre amygdalien, Mémoire des sciences méd. de Lyon*, T. 1861-62, p. 45.

THOUROSCHEWSKY. — *Wim. méd. Presse*, n° 34, 1894.